

11241

59

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,**  
**PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**

**Título: COMORBILIDAD PSIQUIATRICA MAS FRECUENTE EN UN GRUPO DE PACIENTES DE LA CLINICA DE ANOREXIA NERVOSA DEL I.N.N.S.Z.**

Alumno: DR. OSCAR BERNARDO SEGURA SANTOS

TUTOR METODOLOGICO



Dra. MARTHA ONTIVEROS  
URIBE

TUTOR TEORICO

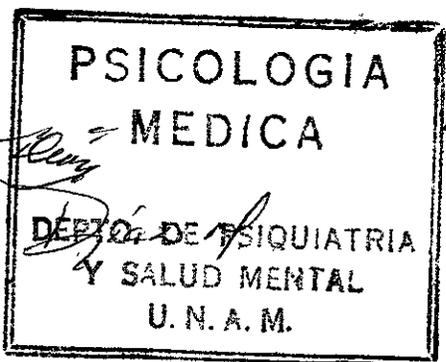


Dr. ALEJANDRO DE JESUS  
CABALLERO ROMO

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA".**

Vo. Bo.

*Alejandro Romo*  
Dr. Alejandro Romo



AÑO: 1999-2000

276463



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**Comorbilidad psiquiátrica más  
frecuente en un grupo de pacientes  
de la clínica de anorexia nervosa  
del I.N.N.S.Z.**

# INDICE

1. INTRODUCCION
2. MARCO TEORICO
3. JUSTIFICACION
4. OBJETIVO
5. HIPOTESIS
6. MATERIAL Y METODOS
7. CRITERIOS DE SELECCIÓN
8. RESULTADOS
9. COMENTARIOS
10. ANEXOS
11. BIBLIOGRAFIA

## 1. INTRODUCCION

Hay descripciones de trastornos muy parecidos a lo que nosotros llamamos anorexia nerviosa en los jeroglíficos egipcios antiguos y en los manuscritos persas. Pergaminos originarios de las primeras dinastías chinas, también mencionan conductas similares a lo que hoy conocemos como trastornos de la conducta alimentaria. Los romanos realizaban banquetes abundantes y entonces se provocaban el vómito para que pudieran continuar comiendo.<sup>3</sup>

Las tribus africanas relatan historias de individuos que rechazaban el alimento durante tiempos de carestía para que sus hijos pudieran consumir el alimento disponible. Ellos fueron muy admirados por quienes no presentaban dicha conducta. Cuando la carestía pasaba, pocos restrictores voluntarios continuaban rechazando el alimento hasta que morían algunos fueron curados por shamanes quienes inducían estados de trance similares a los que hoy conocemos como hipnoterapia.<sup>3</sup>

En Europa, la primera descripción formal de anorexia nerviosa en la literatura médica, fue realizada por Richard Morton en Londres en 1689, describiendo a la primer paciente anoréxica como "un vestido de huesos solo con piel". Otros dos médicos, Lasegue en 1873 en Francia y Gull en 1874 en Inglaterra, escribieron los primeros dos artículos acerca de anorexia nerviosa en la literatura médica moderna<sup>3</sup>

Al principio la anorexia nerviosa fue tomada como una forma de tuberculosis ó una manifestación de alguna otra enfermedad física, como desequilibrio hormonal ó deficiencia endocrina. Esto fue hasta 1930 que los investigadores creyeron que las causas de éste trastorno eran psicológicas y emocionales. Hoy los clínicos creen que los trastornos de la conducta alimentaria representan el resultado final del distress emocional interactuando con un desbalance fisiológico, en un individuo vulnerable (incluyendo las alteraciones causadas por la dieta).<sup>3</sup>

La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en ocasiones en valores mínimos normales provocando estados de inanición perdiendo por lo menos de un 15% hasta un 60% del peso corporal normal; la pérdida importante de peso se debe principalmente a la restricción alimenticia, en las mujeres los ciclos menstruales suelen ser infrecuentes llegando a la amenorrea. Un síntoma que se agrega y que es complejo por la disparidad entre cómo el paciente quiere lucir y cómo piensa que se ve es la distorsión de la imagen corporal.

Como ya se mencionó, no existe una sola causa para dicho trastorno, ya que va acompañado en forma comórbida con trastornos emocionales como depresión, ansiedad o ambos; mencionándose que incluso la depresión es común en familias de pacientes con anorexia;<sup>8,15</sup> pero es importante decir que la gravedad de cualquier depresión existente tal vez determina la gravedad del trastorno alimentario. Los trastornos de ansiedad también son comunes, las fobias, el trastorno bipolar y el trastorno obsesivo-compulsivo preceden por lo general a los casos de anorexia<sup>5,17</sup>

Posiblemente los factores ambientales negativos dentro de la familia desempeñan un papel importante en el inicio y perpetuación de la anorexia nervosa, existiendo principalmente conductas sobreprotectoras, parece también que existe una relación estrecha con pacientes que cursan con abuso sexual.<sup>25</sup>

La influencia cultural es indiscutible por la presión social que ejerce un papel importante al desencadenar trastornos de la conducta alimentaria por la comercialización a gran escala de programas para la reducción de peso, presentando modelos anoréxicos como prototipo de belleza y sensualidad. La actitud cultural hacia la actividad física también influye de forma importante en la conducta desordenada de los hábitos alimenticios.<sup>12</sup>

Los síntomas físicos en la historia personal son elementos importantes para llegar a un diagnóstico oportuno, posterior a esto se debe identificar la presencia de cualquier complicación grave por desnutrición además de descartar trastornos médicos que se encuentran asociados con la pérdida de peso incluyendo enfermedad de Crohn, hipertiroidismo, enfermedad de Addison, cáncer, etc.

La dificultad principal para el tratamiento de la anorexia nervosa es frecuentemente la resistencia del paciente, ya que considera la emaciación como normal e incluso atractiva o en algunos casos la misma familia puede negar el problema siendo obstructiva o manipuladora, incrementando así las dificultades del tratamiento.<sup>10</sup> El tratamiento efectivo, por supuesto, tendrá que ser dirigido a los factores físicos y psicológicos.

## 2. MARCO TEORICO

La depresión y la ansiedad han sido asociados en muchas ocasiones con los trastornos de la conducta alimentaria pero la naturaleza exacta de esta asociación y la secuencia en la que estos trastornos tienden a desarrollarse permanece controversial <sup>22</sup> Los trastornos afectivos, las fobias y el trastorno obsesivo compulsivo ocurren con una elevada frecuencia en las pacientes anoréxicas <sup>23</sup> La patología del eje I a menudo precede a la anorexia nervosa, sin embargo permanece incierto si la comorbilidad psiquiátrica es inicial o simplemente secundaria a la anorexia nervosa.<sup>2,23</sup>

Debido a los múltiples inconvenientes que se han encontrado en estudios previos en relación a problemas metodológicos, utilización de instrumentos no validados y poco confiables o a la utilización de diversas definiciones, lo que posiblemente distorsiona las variables estudiadas es que se decide utilizar la entrevista clínica estructurada (SCID) en su versión más actual (DSM-IV) para evaluar los trastornos del eje I que con más frecuencia se asocian a la anorexia nervosa; así como la aplicación de otro instrumento no menos validado como lo es la escala para depresión de Hamilton (HAM-D) en su versión más completa (21 ítems) para evaluar la severidad de depresión en el grupo a estudiar.

Se sabe que los pacientes con anorexia nervosa tienen elevada comorbilidad con diversos trastornos psiquiátricos, sin embargo, no queda claro si éstos trastornos son una consecuencia de la pérdida de peso o si se presentan aún después de recuperarse. Por otro lado la relación entre anorexia nervosa y ansiedad o síntomas obsesivos aún es poco conocida.<sup>1</sup>

Mientras un número considerable de estudios ha evaluado tales síntomas en las anoréxicas durante la pérdida de peso pocos estudios las han evaluado después de recuperar su peso. Los síntomas obsesivo-compulsivo son comunes en los pacientes con anorexia en aproximadamente el 69% de los casos; 20% de estos continúan reuniendo criterios para trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) después de la recuperación del peso. Los trastornos de ansiedad asociados a la anorexia varían del 39 al 75%, encontrando que de estos persiste un 61% aún a pesar de recuperar peso.<sup>17</sup>

Un importante grupo de investigadores revela la elevada comorbilidad de la ansiedad y la anorexia nervosa, sin embargo las implicaciones clínicas de este fenómeno han recibido escasa atención. Un reporte previo muestra como el trastorno de pánico con agorafobia contribuye a la transformación de anorexia nervosa en trastorno de la alimentación no especificada, ya que presentaban ataques de pánico con el alimento, lo que exacerbaba tanto la sintomatología del trastorno de pánico como el de la anorexia.<sup>5</sup>

La mayoría de los autores sugieren al trastorno afectivo como síntoma primario, pero se ha podido observar que un elevado porcentaje de los síntomas depresivos desaparecen al mejorar las condiciones de los pacientes anoréxicos.<sup>17</sup>

El humor deprimido, tendencia al llanto, anhedonia, son síntomas importantes del trastorno depresivo mayor, acompañados de astenia, adinamia, abulia, e hiporexia con disminución de peso; pueden ocurrir también síntomas relacionados con el funcionamiento sexual como alteraciones en el ciclo menstrual, ya sea por alteración en el ciclo ovárico o uterino; disminución de la libido.<sup>8</sup>

También son evidentes las alteraciones cognitivas con problemas en la atención, concentración y memoria pudiendo presentarse enlentecimiento psicomotor, manifestando disminución en la actividad motora, bradipsiquia, pudiendo describir un patrón sintomático con mayor intensidad por las mañanas e ir disminuyendo a lo largo del día.<sup>8</sup>

Las características esenciales del trastorno depresivo mayor son un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos mixtos o hipomaniacos.<sup>8</sup>

El trastorno depresivo mayor puede iniciar a cualquier edad describiéndose en promedio su presentación en la mitad de la tercera década de la vida, pero se ha visto que el inicio está disminuyendo entre las personas nacidas más recientemente. Algunas personas tienen una evolución con episodios aislados separados por años sin síntomas depresivos, pero otras presentan episodios agrupados e incluso algunas tienen episodios cada vez más frecuentes a medida que son mayores.<sup>1</sup>

Los episodios depresivos mayores pueden desaparecer completamente en alrededor del 65% de los casos y en el 30% de los mismos no hacerlo o hacerlo solo parcialmente. Algunos pacientes presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, siendo en éstos más frecuente la probabilidad de presentar más episodios depresivos, teniendo peor recuperación interepisódica pudiendo alcanzar con dificultad un estado eutímico mas completo y de larga duración.<sup>8</sup>

Estudios de seguimiento han mostrado que el curso natural de un episodio depresivo mayor después de un año con síntomas de gravedad inicial son predictores de la persistencia del trastorno así como las enfermedades médicas son un factor de riesgo de igual forma; siendo difícil el diagnóstico de depresión en éste último grupo, ya que los síntomas depresivos pueden confundirse con síntomas propios de la enfermedad física como ocurre con la hiporexia, la disminución en el peso, fatiga e insomnio, ya que esto puede corresponder a la reacción adaptativa normal ante la enfermedad física<sup>4</sup>

Lo anterior sugiere que la malnutrición potencializa la expresión de los síntomas depresivos en la anorexia nervosa, por lo que el propósito del siguiente estudio es corroborar si los trastornos afectivos son los que se asocian con mayor frecuencia a la anorexia nervosa en comparación con otras patologías psiquiátricas.

### **3. JUSTIFICACION**

Debido a la importancia que ha tomado en los últimos tiempos la anorexia nervosa en el ámbito psiquiátrico, y el impacto sociocultural de ésta; consideramos de gran importancia analizar, determinar y evaluar cuál es la comorbilidad psiquiátrica más frecuentemente asociada del eje I, como son, depresión, ansiedad, ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar y psicosis. Por lo que enfocaremos el presente trabajo a la revisión sistematizada de las patologías psiquiátricas más comúnmente asociadas a la anorexia nervosa.

### **4. OBJETIVO**

1. Determinar cuales son los padecimientos psiquiátricos más frecuentemente asociados con anorexia nervosa.

### **5. HIPOTESIS**

- El trastorno depresivo Mayor es el padecimiento psiquiátrico que más se asocia a los pacientes de la clínica de anorexia nervosa del I.N.N.S.Z.

### **3. JUSTIFICACION**

Debido a la importancia que ha tomado en los últimos tiempos la anorexia nervosa en el ámbito psiquiátrico, y el impacto sociocultural de ésta; consideramos de gran importancia analizar, determinar y evaluar cuál es la comorbilidad psiquiátrica más frecuentemente asociada del eje I, como son, depresión, ansiedad, ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar y psicosis. Por lo que enfocaremos el presente trabajo a la revisión sistematizada de las patologías psiquiátricas más comúnmente asociadas a la anorexia nervosa.

### **4. OBJETIVO**

1. Determinar cuales son los padecimientos psiquiátricos más frecuentemente asociados con anorexia nervosa.

### **5. HIPOTESIS**

- El trastorno depresivo Mayor es el padecimiento psiquiátrico que más se asocia a los pacientes de la clínica de anorexia nervosa del I.N.N.S.Z.

### **3. JUSTIFICACION**

Debido a la importancia que ha tomado en los últimos tiempos la anorexia nervosa en el ámbito psiquiátrico, y el impacto sociocultural de ésta; consideramos de gran importancia analizar, determinar y evaluar cuál es la comorbilidad psiquiátrica más frecuentemente asociada del eje I, como son, depresión, ansiedad, ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar y psicosis. Por lo que enfocaremos el presente trabajo a la revisión sistematizada de las patologías psiquiátricas más comúnmente asociadas a la anorexia nervosa.

### **4. OBJETIVO**

1. Determinar cuales son los padecimientos psiquiátricos más frecuentemente asociados con anorexia nervosa.

### **5. HIPOTESIS**

- El trastorno depresivo Mayor es el padecimiento psiquiátrico que más se asocia a los pacientes de la clínica de anorexia nervosa del I.N.N.S.Z.

## **6. MATERIAL Y METODOS**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, en una población homodémica y de acuerdo a la maniobra, de escrutinio.

Se tomó una muestra de 25 pacientes referidas a la clínica de anorexia del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en el periodo comprendido entre los meses de junio a noviembre de 1999; previamente diagnosticadas con anorexia nervosa en dicha clínica, posteriormente se procedió a la aplicación de la entrevista clínica estructurada (SCID) para el eje I en su versión para el DSM-IV, la cual evaluó la patología psiquiátrica actual del eje I como trastornos psicóticos, trastornos afectivos, uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y reacciones de ajuste; y la escala de depresión de hamilton (HAM-D) para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva presente en el momento actual. Posteriormente utilizando la "U" de Mann Whitney como prueba estadística para la evaluación de los resultados.

## **7. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- **CRITERIOS DE INCLUSION:** Todos los pacientes de cualquier sexo, que se encuentran registrados en la clínica de anorexia del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", hasta el mes de junio de 1999.
- **CRITERIOS DE EXCLUSION:** Pacientes que presentan enfermedad médica asociada que condicione pérdida de peso.

## **6. MATERIAL Y METODOS**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, en una población homodémica y de acuerdo a la maniobra, de escrutinio.

Se tomó una muestra de 25 pacientes referidas a la clínica de anorexia del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en el periodo comprendido entre los meses de junio a noviembre de 1999; previamente diagnosticadas con anorexia nervosa en dicha clínica, posteriormente se procedió a la aplicación de la entrevista clínica estructurada (SCID) para el eje I en su versión para el DSM-IV, la cual evaluó la patología psiquiátrica actual del eje I como trastornos psicóticos, trastornos afectivos, uso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos y reacciones de ajuste; y la escala de depresión de hamilton (HAM-D) para evaluar la severidad de la sintomatología depresiva presente en el momento actual. Posteriormente utilizando la "U" de Mann Whitney como prueba estadística para la evaluación de los resultados.

## **7. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

- **CRITERIOS DE INCLUSION:** Todos los pacientes de cualquier sexo, que se encuentran registrados en la clínica de anorexia del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", hasta el mes de junio de 1999.
- **CRITERIOS DE EXCLUSION:** Pacientes que presentan enfermedad médica asociada que condicione pérdida de peso.

## 8. RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 25 pacientes con Anorexia Nervosa, todos del sexo femenino, con edades de 13 a 22 años (promedio de  $17.44 \pm 2.42$  años); el Índice de Masa Corporal (IMC), se encontró entre 13.34 a 18.73 (Gráfica 1) (promedio  $15.62 \pm 1.52$ ), el cual se encuentra en todas las pacientes por debajo de lo normal (20-25)(Tabla I).

Dentro de la comorbilidad investigada, se encontró la amenorrea, presente en el 44% de las pacientes, (promedio  $14.53 \pm 0.85$ ) encontrándose una asociación significativa entre la presencia de amenorrea con IMC bajo ( $p=0.001$ )(Tabla 2 y Gráfica 2)

La comorbilidad investigada para el SCID en pacientes con Anorexia Nervosa fue: trastornos psicóticos, trastornos afectivos, uso de drogas, trastornos de ansiedad, síntomas somatomorfos y trastorno de ajuste. (Tabla 3)

De acuerdo a la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV en el Eje I, se encontró que ninguna de las pacientes presentó trastornos psicóticos. Los trastornos afectivos se encontraron en el 48% de los pacientes, predominando el trastorno depresivo mayor (32%), sobre las distimias (16%). Los trastornos de ansiedad se encontraron en el 44% de las pacientes, de estos el más frecuente fue el trastorno obsesivo-compulsivo (32%), en tanto que el trastorno de ansiedad generalizada se observó en el 12% de las pacientes.(Gráfica 3)

Ninguna de las pacientes se identificaron alteraciones somatomorfas. Los trastornos de ajuste se encontraron en el 16% de las pacientes.(Gráfica 4)

El uso de drogas fue identificado únicamente en el 8% de las pacientes, las sustancias utilizadas fueron cocaína (4%) y cannabis (4%).(Gráfica 5)(Tabla 3)

De acuerdo con la evaluación de la escala de depresión de Hamilton (HAM-D), se encontró que el 68% de las pacientes presentaban una depresión leve, el 16% depresión moderada y el 8% una depresión severa (Tabla 4 y Gráfica 6).

## **TABLA 1**

### **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.**

	<b>PESO (Kg.)</b>	<b>TALLA (Mts)</b>	<b>I.M.C.</b>	<b>EDAD (Años)</b>
<b>PROMEDIO</b>	39.26	1.58	15.62	17.44
<b>DESV. ESTANDAR</b>	4.18	0.07	1.52	2.42
<b>MINIMO</b>	31	146	13.34	13
<b>MÁXIMO</b>	50.10	172	18.73	22

N=25

## **TABLA 2**

**RELACION ENTRE EL INDICE DE MASA CORPORAL (I.M.C.) y  
AMENORREA.**

<b>AMENORREA</b>	<b>Nº</b>	<b>PROMEDIO IMC</b>	<b>DESV. ESTANDAR</b>
<b>AUSENTE</b>	14	16.48	1.39
<b>PRESENTE</b>	11	14.53	0.85

U de Mann Whitney ( $p=0.001$ )

N=25

### **TABLA 3**

#### **COMORBILIDAD IDENTIFICADA EN PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA Y SU PROPORCION**

	AMENORREA	TDM	DISTIMIAS	DROGAS	TOC	TAG	TA
PORCENTAJE	44	32	16	8	32	12	16

Abreviaturas: TDM= Trastorno Depresivo Mayor; TOC= Trastorno Obsesivo Compulsivo;  
TAG= Trastorno de Ansiedad Generalizada; TA= Trastornos de Ajuste.

## **TABLA 4**

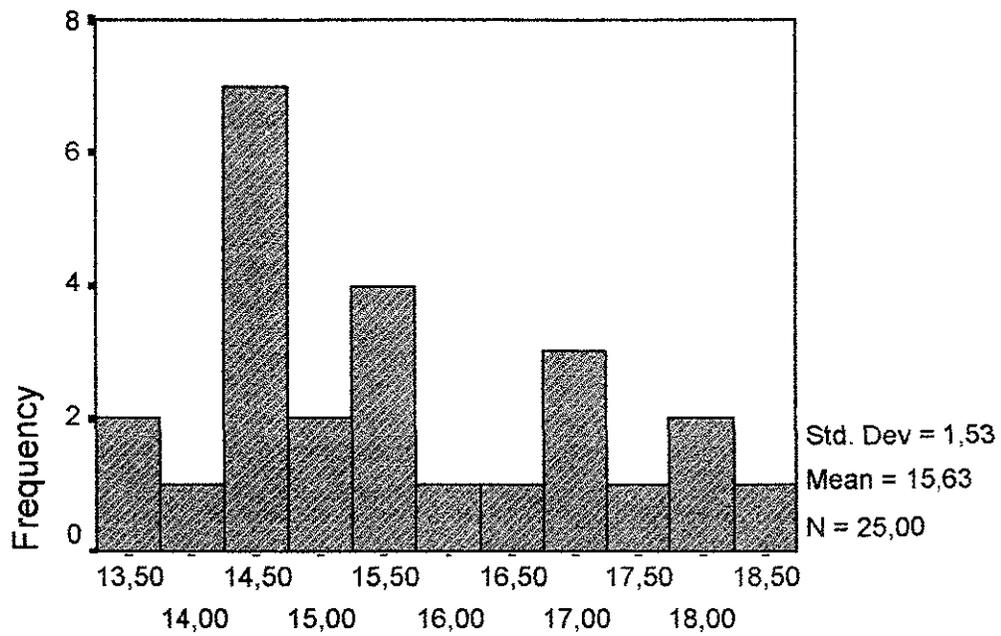
**PROPORCION DE PACIENTES CON ANOREXIA NERVOSA, DE ACUERDO CON LA SEVERIDAD DE LA DEPRESIÓN.**

<b>SEVERIDAD</b>	<b>PROPORCION</b>
Depresión Leve	68%
Depresión Moderada	16%
Depresión Severa	8%
Total de pacientes con Depresión	92%

N=25

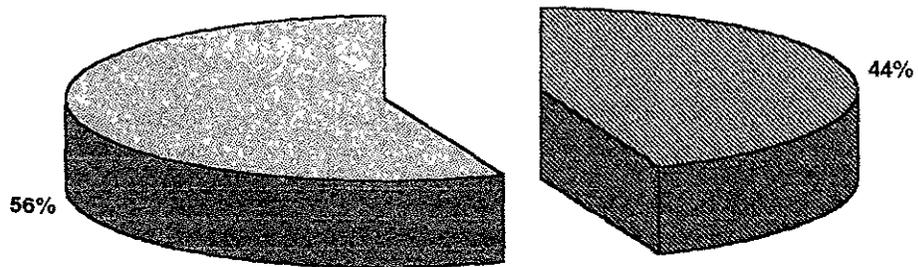
# GRAFICA 1

## DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL INDICE DE MASA CORPORAL



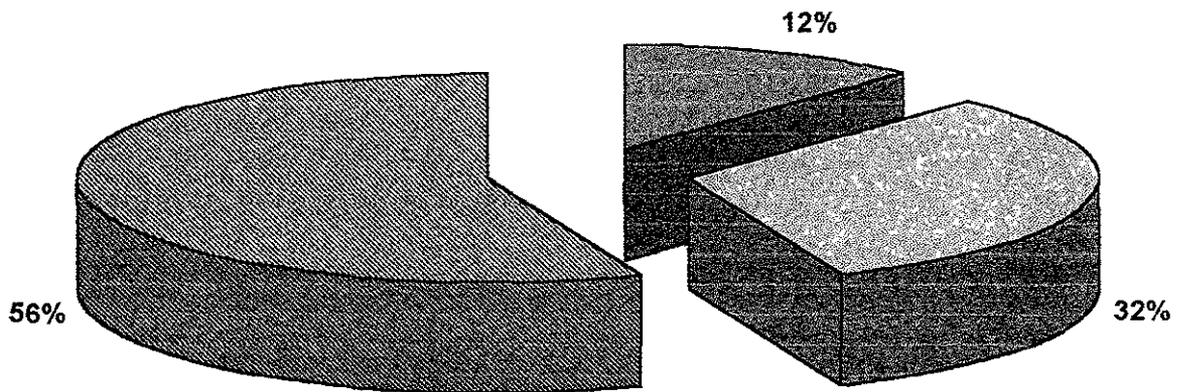
## GRAFICA 2

### FRECUENCIA DE AMENORREA



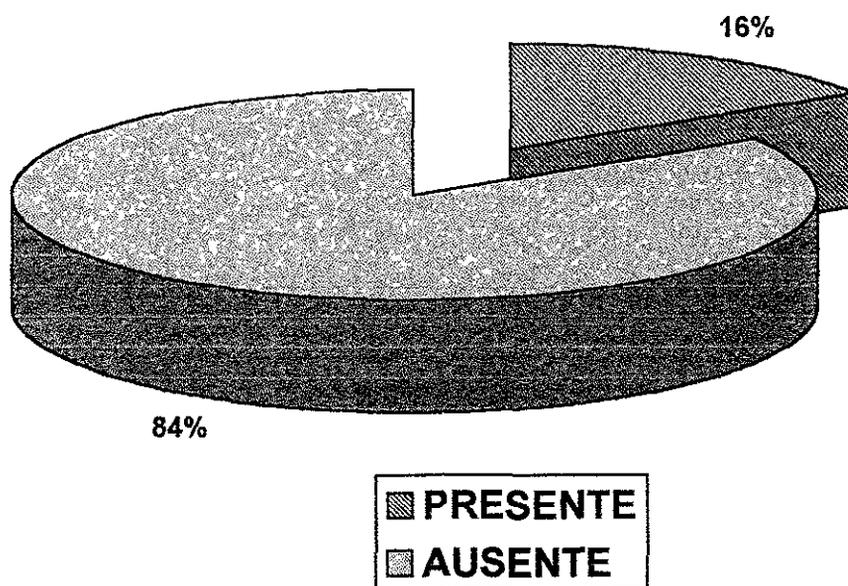
### GRAFICA 3

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD.



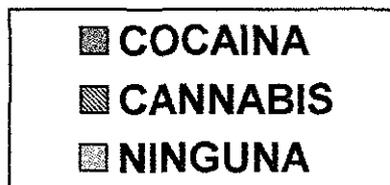
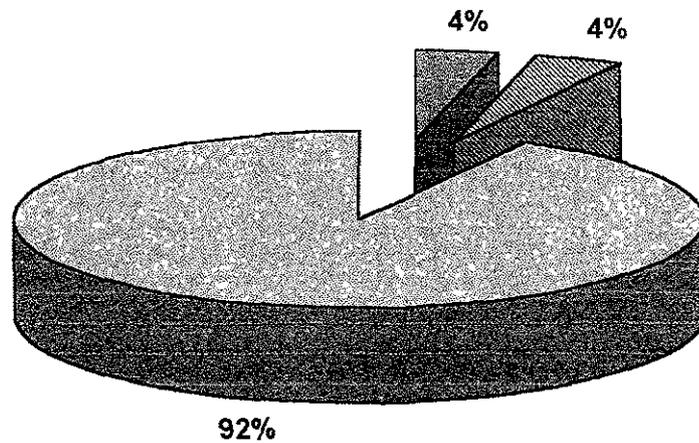
## GRAFICA 4

### TRASTORNOS DE AJUSTE.



## GRAFICA 5

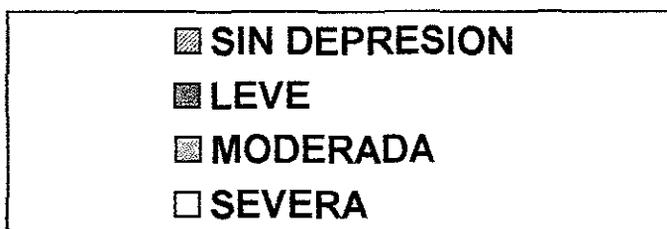
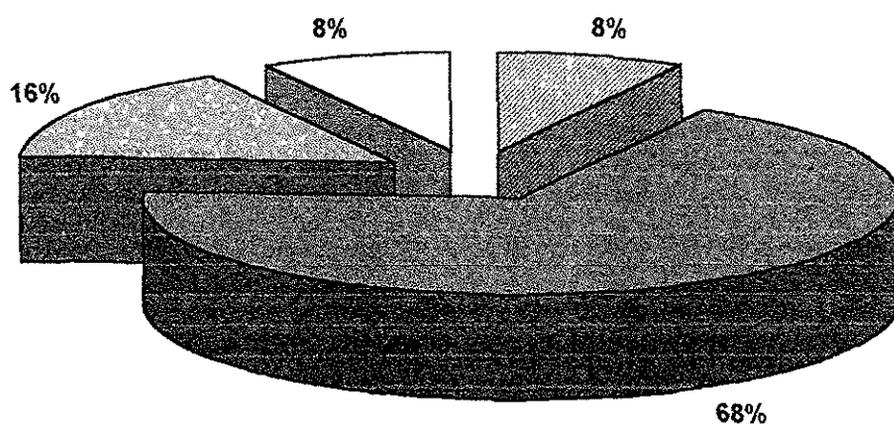
### CONSUMO DE DROGAS.



ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## GRAFICA 6

### SEVERIDAD Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN.



## 9. COMENTARIO

Se encontró como dato relevante una relación directa entre el índice de masa corporal (IMC) con respecto a la amenorrea, observándose que a menor IMC, mayor frecuencia de amenorrea, siendo esto estadísticamente significativo ( $p=0.001$ ).

Por otra parte, en todos los pacientes del grupo con Anorexia Nervosa, se encontró la presencia de al menos una patología acompañante, en el 4% de ellos, presentaron una patología asociada; el 48% dos patologías acompañantes; en el 36% la presencia de 3 patologías y en el 12% 4 patologías asociadas, observando el predominio del trastorno depresivo mayor en cualquiera de sus etapas (leve, moderada o severa) corroborando con esto la validez externa ya que el comportamiento con respecto a patologías del eje I de las pacientes del INNSZ dentro de la clínica de anorexia, es similar a aquel observado en otras poblaciones de estudio, teniendo con esto concordancia estadística.

**ENTREVISTA CLINICA  
ESTRUCTURADA  
PARA DSM-IV**

**ECED**

ENTREVISTA CLINICA ESTRUCTURADA

PARA DSM-IV

EDICION PARA NO PACIENTES

---

**ECED-NP**

*Traducido por: Alejandra Castaño Meneses,  
Sandra Santillán Cárdenas, Rosa Ma. Campos  
Morales y Matilde Valencia Flores.*

MODULO DE EXPLORACION DEL ECED (OPCIONAL)

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas específicas acerca de problemas que pudo haber tenido usted. Más adelante le preguntaré detalladamente acerca de ellos.

A LAS PREGUNTAS QUE SEAN REPONDIDAS AFIRMATIVAMENTE, EL ENTREVISTADOR DEBERA DECIR: "Más adelante hablaremos un poco más acerca de esto"

- |  |  |  |    |
|--|--|--|----|
| 1. ¿Ha habido alguna época en su vida en las que ha tomado cinco o más copas (cerveza, vino o licor) en una misma ocasión?   | 1<br> <br>Encierre con un círculo "NO" en E.1  | 2      3<br>        <br>Encierre con un círculo "SI" en E.1  | P1 |
| 2. ¿Ha usado alguna vez drogas ilícitas de venta en la calle?  | 1<br> <br>Encierre con un círculo "NO" en E.9  | 2      3<br>        <br>Encierre con un círculo "SI" en E.9  | P2 |
| 3. ¿Alguna vez ha tomado un medicamento prescrito por su médico, durante mucho más tiempo del que se supone que debería tomarlo?   | 1<br> <br>Encierre con un círculo "NO" en E.9  | 2      3<br>        <br>Encierre con un círculo "SI" en E.9  | P3 |
| 4. ¿Alguna vez ha tenido ataques como de pánico, en los que se sentía repentinamente temeroso o ansioso o repentinamente tuvo muchos síntomas físicos?   | 1<br> <br>Encierre con un círculo "NO" en F.1  | 2      3<br>        <br>Encierre con un círculo "SI" en F.1  | P4 |
| 5. ¿Alguna vez estuvo muy temeroso de salir fuera de casa solo, estar en una muchedumbre, estar esperando en una fila o viajando en autobús o tren?  | 1<br> <br>Encierre con un círculo "NO" en F.6  | 2      3<br>        <br>Encierre con un círculo "SI" en F.6  | P5 |
| 6. ¿Hay alguna cosa que le haga sentir asustado o incómodo, como hablar, comer o escribir en frente de otras personas?   | 1<br> <br>Encierre con un círculo "NO" en F.9  | 2      3<br>        <br>Encierre con un círculo "SI" en F.9  | P6 |
| 7. ¿Hay alguna otra cosa que le haga sentir especialmente asustado o incómodo, como volar, ver sangre, sufrir un disparo, las alturas, lugares cerrados o cierta clase de animales o insectos? | 1<br> <br>Encierre con un círculo "NO" en F.12 | 2      3<br>        <br>Encierre con un círculo "SI" en F.12 | P7 |

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

8. ¿Alguna vez ha sido moleestado por pensamientos sin sentido que vienen a su mente incluso cuando usted trata de no pensar en ellos?

1	2	3
Encierre con un círculo "NO" en F.15	Encierre con un círculo "SI" en F.15	

P8

9. ¿Alguna vez ha habido algo que tuviera que hacer una y otra vez y no pudiera resistir hacerlo, como por ejemplo lavar sus manos una y otra vez, contar hasta cierto número, o revisar algo muchas veces para asegurarse de que estaba bien hecho?

1	2	3
Encierre con un círculo "NO" en F.16	Encierre con un círculo "SI" en F.16	

P9

10. ¿En los últimos seis meses ha estado particularmente nervioso o ansioso?

1	2	3
Encierre con un círculo "NO" en F.25	Encierre con un círculo "SI" en F.25	

P10

11. ¿Ha habido alguna época en la que pesara mucho menos de lo que otras personas pensaban que debería usted pesar?

1	2	3
Encierre con un círculo "NO" en H.1	Encierre con un círculo "SI" en H.1	

P11

12. ¿Frecuentemente ha habido ocasiones en las que su ingesta de alimentos escuiera fuera de su control?

1	2	3
Encierre con un círculo "NO" en H.3	Encierre con un círculo "SI" en H.3	

P12

1 = ausente o falso

2 = subumbral

3 = umbral o verdadero

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1. ANIMO DEPRIMIDO; (Triste, desesperanzado, desamparado, autodevaluado).

0. Ausente.  
1. Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio.  
2. Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.  
3. Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir, mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto, etc.  
4. Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal.

2. SENTIMIENTOS DE CULPA:

0. Ausentes.  
1. Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien.  
2. Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación.  
3. Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.  
4. Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. SUICIDIO:

0. Ausente.  
1. Siente que no vale la pena vivir.  
2. Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.  
3. Idea o gestos suicidas.  
4. Intentos de suicidio.

4. INSOMNIO INICIAL:

0. Sin dificultad para conciliar el sueño.  
1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, (más de media hora).  
2. Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.

5. INSOMNIO INTERMEDIO:

0. Sin dificultad.  
1. Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.  
2. Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño).

6. INSOMNIO TERMINAL:

0. Sin dificultad.  
1. Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormir.  
2. Se despierta durante la madrugada y se levanta de la cama.  
3. Se despierta durante la madrugada y se levanta de la cama.

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES:

0. Sin dificultad.  
1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.  
2. Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportando directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).  
3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades, o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.  
4. Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina, si las hay.

8. RETARDO: (lentitud de pensamientos y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora).

0. Ausente.  
1. Ligero retardo durante la entrevista.  
2. Obvio retardo durante la entrevista.  
3. Entrevista difícil debido al retardo.  
4. Estupor completo.

9. AGITACION:

0. Ninguna.  
1. Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc.) con las manos.  
2. Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc.

10. ANSIEDAD PSIQUICA:

0. Ausente.  
1. Tensión subjetiva e irritabilidad.  
2. Preocupación por cosas triviales.  
3. Actitud aprehensiva aparente por su expresión o al hablar.  
4. Expresa miedo o temor espontáneamente.

11. ANSIEDAD SOMATICA: (Equivalentes fisiológicas de la ansiedad). Gastrointestinales: (boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, eructos). Cardiovascular: (palpitaciones, inquietas). Respiratorio: (hiperventilación, suspiros). Aumento en la frecuencia urinaria, diaforesis.

0. Ausente.  
1. Leve.  
2. Moderado.  
3. Severa.  
4. Incapacitante.

12. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES:

- 0. Ninguno.
- 1. Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantéz en el abdomen.
- 2. Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13. SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL:

- 0. Ninguno.
- 1. Sensación de pesantéz en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, de cabeza o musculares. Pérdida de energía y fatiga.
- 2. Todo síntoma físico específico se califica con 2.

14. SINTOMAS GENITALES: (Pérdida de la libido, trastornos menstruales).

- 0. Ausentes.
- 1. Moderados.
- 2. Severos.

15. HIPOCONDRIASIS:

- 0. Ausente.
- 1. Absorto en su propio cuerpo.
- 2. Preocupación por su salud.
- 3. Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
- 4. Delirios hipocondríacos.

16. PERDIDA DE PESO: (Complétese ya sea A o B).

- A: Cuando se evalúa por historia (antes de tratamiento).
- B: Cuando se evalúa semanalmente.

(A)

- 0. Sin pérdida de peso.
- 1. Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
- 2. Pérdida de peso definitiva según el paciente.

(B)

- 0. Pérdida menor de 0.5 Kg. de peso en la semana.
- 1. Más de 0.5 Kg.
- 2. Más de 1 Kg.

17. INTROSPECCION:

- 0. Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.
- 1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.
- 2. Niega estar enfermo.

18. VARIACIONES DIURNAS: (Complétese a m. o p.m., dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde).

A.M.	P.M.
0. Ausente.	0. Ausente
1. Moderada	1. Moderado
2. Severa	2. Severa

19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION: (Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas).

- 0. Ausentes.
- 1. Leves.
- 2. Moderados.
- 3. Severos.
- 4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANOIDES:

- 0. Ninguno.
- 1. Sospechoso.
- 2. Suspica.
- 3. Ideas de referencia.
- 4. Delirios de referencia y/o persecución.

21. SINTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS:

- 0. Ausente.
- 1. Moderados.
- 2. Severos.

Total: \_\_\_\_\_

## 11. BIBLIOGRAFIA

- 1) Braun DL, Sunday SR, Halmi KA: Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological medicine*. 1994 vol 24; 859-867
- 2) Brewerton TD, Lydiard RB, Ballenger JC, Herzog DB: Eating disorders and social fobia. *Archives of general psychiatry*. 1993 vol 50; 70
- 3) Calderón NG: Historia de la psiquiatría. 1995, Edamex
- 4) Chavez LE: Trastornos depresivos. Programa de Actualización Continua en Psiquiatría. 1998, B-4
- 5) Chesler B: Eating disorders and panic: four cases of pathological coping. *International Journal of eating disorders*. 1997 vol 22; 219-222
- 6) Davis C, Claridge G, Cerullo D: Personality factors and weight preoccupation: A continuum approach to the association between eating disorder and personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*. 1997 vol 31(4); 467-480
- 7) Deep A, Lilenfeld L, Plotnicov K, Pollice C, Kaye W: Sexual abuse in eating disorder subtypes and control women: the role of comorbid substance dependence in bulimia nervosa. *International Journal of eating disorders*. 1999 vol 25; 1-10
- 8) DSM IV. Criterios Diagnósticos. 1995 Masson, S.A. Primera publicación en estados unidos de Norteamérica por American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: APA.
- 9) Dupont M: Manual clínico de Psiquiatría. 1ª ed, JGH. 1997; 131-144
- 10) Eldredge K, Locke K, Horowitz L: Patterns of interpersonal problems associated with binge eating disorder. *International Journal of eating disorders*. 1998 vol 23; 383-389
- 11) Gershon E, Schreiber J: Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*. 1984, vol 141(11); 1419-1422
- 12) Goldman H: Psiquiatría general, Manual Moderno, 4ª ed. 1996; 449-464

- 13)Halmi K, Eckert E: Comorbidity of psychiatric diagnosis in anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry. 1991, vol 48; 712-718
- 14)Krüger S, Shugar G, Cooke R: Comorbidity of binge disorder and the partial binge eating syndrome with bipolar disorder. International Journal of eating disorders. 1996 vol 19(1); 45-52
- 15)Musante G, Costanzo P, Friedman K: The comorbidity of depression and eating dysregulation processes in a diet-seeking obese population: a matter of gender specificity. International Journal of eating disorders. 1998 vol 23; 65-75
- 16)Paxton S, Diggins J, Avoidance coping, binge eating, and depression: and examination of the scape theory of binge eating. International Journal of eating disorders. 1997 vol 22; 83-87
- 17)Police C, Kaye W, Greeno C, Weltzin T: Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. . International Journal of eating disorders. 1997 vol 21; 367-376
- 18)Rivinus T, Biederman J: Anorexia nervosa and affective disorders: a controlled family history study. American Journal of Psychiatry. 1984, vol 141 (11); 1414-1418
- 19)Salzman J: Ambivalent attachment in female adolescents: association with affective instability and eating disorders. International Journal of eating disorders. 1997 vol 21(2); 251-259
- 20)Sexton M, Sunday S, Hurt S, Halmi K: The relationship between alexithymia, depression and axis II psychopathology in eating disorder inpatients. International Journal of eating disorders. 1998 vol 23(2); 277-286
- 21)Stern T, Rosenbaum J, Jellinek M: Massachusetts General Hospital, manual de psiquiatría en hospitales generales. 4ª ed, Harcourt Brace. 1998; 471
- 22)Swift WJ, Andrews D, Barklage NE: The relationship between affective disorder and eating disorders:a review of the literature. American journal of psychiatry. 1986, vol 143; 290-299
- 23)Toner BB, Garfinkel PE, Garner DM: Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. International journal of psychiatry in medicine. 1988, vol 18; 357-364

- 24) Verri A, Nappi R, Proietti A, Vallero E, Zara C: Eating disorders and axis I psychiatric comorbidity in amenorrheic women. *International Journal of eating disorders*. 1998 vol 24(1); 137-146
- 25) Waller G: Perceived control in eating disorder: relationship with reported sexual abuse. *International Journal of eating disorders*. 1998 vol 23; 231-236